

## 8 Chronische Polyarthritis: Therapieziel Krankheits- und Lebensbewältigung

G. Jungnitsch

### 8.1 Zusammenfassung

Berichtet wird über die stationäre psychologische Behandlung einer 35-jährigen Patientin in einer Rheumaklinik. Diese war zum Zeitpunkt des Erstkontaktes seit drei Jahren an einer chronischen Polyarthritis erkrankt. In die Klinik war sie wegen der hohen Krankheitsaktivität und der gravierenden Schmerzsymptomatik eingewiesen worden. Zur psychologischen Beratung kam die Patientin aufgrund der Empfehlung ihrer zuständigen Stationsärztin. Als Behandlungsziel stand zunächst die Verbesserung der Gestimmtheit, die als depressive Reaktion zu bezeichnen war, im Vordergrund. Als weiterer Problembe- reich zeigte sich ein massiver Schmerzmittelmisbrauch. Wesentliche Bedingungen hier- für stellten einerseits die mangelnde Krankheitsbewältigung, andererseits fehlende Kompetenz der Schmerzbewältigung dar. Diese Punkte wurden in der Therapieplanung aufgegriffen. Verteilt über einen Zeitraum von 20 Monaten fanden hierzu 43 Einzelstun- den statt. Außerdem nahm die Patientin an zwei Gruppen teil. Die Behandlungsstruktur war durch die Rahmenbedingungen einer Krankenhausbehandlung bestimmt. Wesentli- che Inhalte der Einzeltherapie waren der Schmerzmittelmisbrauch, Eigenaktivität in der Behandlung der Erkrankung sowie aktuelle Problemsituationen insbesondere aus dem Partnerbereich. Die Gruppen entsprachen dem Standardangebot der Klinik zur psycholo- gischen Schmerz- und Krankheitsbewältigung sowie einem versuchsweise durchge- führten Intensivgruppenangebot. Als Ergebnis resultierte eine Verbesserung in der Bewältigung der Erkrankung, die in konkreten Zukunftsplanungen deutlich wurde, eine Reduktion des Schmerzmittelgebrauchs und der empfundenen Schmerzen sowie eine zeitweilige Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes. In einer Fünf- jahreskatamnese zeigten sich diese Effekte jedoch nicht stabil. Die Patientin ist derzeit an einem medikamentös bedingten Magenulkus operiert und bezüglich der Schmerzen auf orale Morphinpräparate eingestellt.

### 8.2 Problemstellung

#### 8.2.1 Rahmenbedingungen der Therapie

Die Therapie fand im Rahmen eines stationären Aufenthalts der Patientin in einem Rheu- mazentrum statt. Innerhalb des Zentrums wird sowohl medizinische Rehabilitation als auch Krankenhausbehandlung beschränkt auf die Indikationsgruppen der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (ICD-10 Kapitel XIII; M00 – M96) angeboten. Zusätzlich besteht eine rheumatologische Ambulanz. Die Gesamttherapie an der Klinik setzt sich zusammen aus medizinischen Maßnahmen (Gräfenstein 1997) wie medikamentöser Therapie mit symptomatischen Präparaten (z. B. NSAR; Corticoide); Basismedikamenten (z. B. Gold; Immunsuppressiva) und operativer Maßnahmen, die je nach Art und Umfang innerhalb der Klinik oder in anderen Einrichtungen durchgeführt werden. Weiter wer-

den Physiotherapie, Ergotherapie sowie physikalische Maßnahmen wie z. B. Kryotherapie oder auch Massagen angewandt. Von psychologischer Seite werden Einzelberatungen, psychologische Therapie sowie Gruppenverfahren angeboten. Punktuell kann auch eine Sozialberatung in Anspruch genommen werden.

Die hier beschriebene Patientin, im Folgenden Frau F. genannt, wurde zur Krankenhausbehandlung eingewiesen. Die Einweisung war durch den Hausarzt erfolgt, da sich die bisher durchgeführten medizinischen Behandlungsansätze, die medikamentöse und rheumachirurgische Maßnahmen umfassten, bis zu diesem Zeitpunkt als ineffektiv erwiesen hatten. Durch diese Einweisungsart ist vorgegeben, dass die Dauer des Aufenthalts im Wesentlichen vom aktuellen medizinischen Befund abhängt und es keine vorgegebenen Mindest- oder Maximalaufenthaltszeiten gibt.

### 8.2.2 Orientierung über die Problematik

Bei Frau F. bestand zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme eine vor 3 Jahren diagnostizierte chronische Polyarthrit. Es waren bislang drei rheumachirurgische Eingriffe durchgeführt und verschiedene Basistherapeutika (Gold, Azulfidine, Methotrexat) ohne Erfolg eingesetzt worden. Für die relativ kurze Dauer der Erkrankung zeigten sich bereits starke Gelenkdestruktionen. Einweisungsgrund war die bestehende Progredienz der Erkrankung bei einer sehr ausgeprägten Schmerzsymptomatik und hoher Entzündungsaktivität (Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergren 68 in der 1. Stunde). Die aufnehmende Stationsärztin empfahl der Patientin die Kontaktaufnahme mit dem psychologischen Dienst, da sich im Aufnahmegespräch eine ausgeprägt niedergestimmte, hoffnungslose Grundhaltung der Patientin offenbarte.

### 8.2.3 Lebensgeschichtliche Entwicklung

Ihre Entwicklung beschrieb Frau F. als belastet. Sie sei im Hause ihrer Eltern zusammen mit ihrem um zwei Jahre jüngeren Bruder aufgewachsen. Ihre Beziehung zum Vater sei enger als die zur Mutter gewesen, die den jüngeren Bruder immer bevorzugt habe. Die Mutter habe sich als erstes Kind einen Sohn gewünscht und sei daher über die Tochter enttäuscht gewesen. Sie habe die Erwartungen der Mutter auch sonst in keiner Weise erfüllt, besonders was ihre schulischen Leistungen anbelangte. Sie sei gerade eben durch die Hauptschule gekommen, während ihr Bruder das Gymnasium besuchte. Mit 13 habe sie bereits ihren ersten Freund gehabt, sei mit sechzehn dann schließlich von zu Hause weggegangen um mit ihrem Freund in einer Wohngemeinschaft zu leben. Sie habe sich immer mit Gelegenheitsjobs über Wasser gehalten, als Bedienung oder sogar einmal in einer Druckerkolonne gearbeitet und so niemals eine Berufsausbildung begonnen. Ihre Mutter habe jeglichen Kontakt zu ihr abgebrochen, damit sie „den Bruder nicht verdirbt“. Der einzige familiäre Kontakt habe zum Vater bestanden, den sie heimlich treffen musste. Dieser habe ihr Verhalten zwar nicht gebilligt, aber akzeptiert. Daher habe sie sein Tod 1984 sehr getroffen. Er war ohne irgendeine Vorwarnung einem Sekundenerstschlag erlegen. Seit dieser Zeit habe sie keinerlei familiäre Kontakte mehr, die Mutter habe ihr sogar das Haus verboten und selbst der letzte Kontaktversuch ihrerseits, den sie zu Beginn ihrer Erkrankung unternommen habe, sei von der Mutter zurückgewiesen worden. Ihre einzige Bezugsperson sei ihr Partner, mit dem sie bereits mehrere Jahre zusammen sei und eine gemeinsame freiberufliche Tätigkeit als Partnervermittlerin betreibe. Diese Beziehung sei aber ebenfalls problematisch, da ihr Partner verheiratet

sei und sich trotz mehrerer gegenteiliger Versicherungen bislang nicht habe scheiden lassen. Daher lebten sie auch nicht in einer gemeinsamen Wohnung. Sie habe Kontakt zur Ehefrau ihres Freundes gehabt, diese sei aber „schwer gestört“ und wolle sich auf keinen Fall trennen. Gegenwärtig habe sie den Eindruck, dass ihr Partner wieder mehr zu seiner Ehefrau zurücktendere und den Kontakt mit ihr auch wegen ihrer zunehmenden Unfähigkeit, den beruflichen Verpflichtungen nachzukommen, immer mehr löse. Gegenwärtig lebe sie bei einer Freundin, die sie bei sich aufgenommen habe, weil diese selbst unter „gravierenden psychischen Problemen“ leide und die Patientin aus Mitgefühl für deren Schmerzen und Krankheit nicht allein lassen könne.

## 8.3 Problemanalyse

### 8.3.1 Symptomatik

Frau F. leidet unter einer chronischen rheumatischen Erkrankung, die rasch fortschreitet und bereits zu multiplen Gelenkdestruktionen geführt hat. Im Rahmen dieser Erkrankung klagt sie über eine gravierende, chronische Schmerzproblematik. Sie empfindet sich von der Stimmung her deutlich reduziert, erlebt ein zunehmendes Gefühl der Hilflosigkeit sowohl im Hinblick auf die weitere Entwicklung ihrer Erkrankung als auch auf die eigenen Möglichkeiten ihrer zukünftigen Lebensgestaltung. Sie kann ihre Erkrankung nicht akzeptieren und setzt als Vorbedingung für eine Änderung ihrer Lebensplanung, dass sie wieder gesund wird. Von Frau F. als Problembereich zunächst selbst nicht thematisiert, ist ihr Schmerzmittelgebrauch als sehr kritisch anzusehen. Sie nimmt nach eigenen Angaben bis zu 200 Tropfen Valeron täglich ein und zusätzlich 2-mal 100 mg Voltaren in Form von Zäpfchen. Für das zentral wirksame Schmerzmittel Valeron sind als Nomaldosis 80 Tropfen/Tag, als Höchstdosis 160 Tropfen/Tag angegeben. Neben der Schmerzmedikation besteht eine verhältnismäßig hohe Medikation mit Corticoiden (15 mg/Tag) sowie eine Basistherapie mit einem Immunsuppressivum.

### 8.3.2 Vorausgehende und nachfolgende Bedingungen

Hier stellt sich die Frage, welche Problemkonstellation unter verhaltensmedizinischen und verhaltenstherapeutischen Aspekten analysiert werden soll.

- Die chronische Polyarthrit ist als Autoimmunerkrankung anzusehen, die multifaktoriell bedingt ist. Aufgrund der komplexen Zusammenhänge des endokrinen Systems, des Zentralnervensystems und des Immunsystems sind hierbei auch äußere Einflüsse wie z. B. aktuelle oder überdauernd vor Ausbruch der Erkrankung bestandene Problemsituationen wahrscheinlich (Schauenstein et al. 1997). Frau F. nennt hierzu ihre ungeklärte Partnersituation sowie den Verlust einer familiären Anbindung.
- Das Schmerzgeschehen ist in seinen physiologischen Aspekten durch die entzündlich-rheumatische Grunderkrankung bestimmt. Die Verarbeitung der Schmerzen wird im Wesentlichen durch die kognitiven und emotionalen Bewertungen des Schmerzes bedingt und zumindest hypothetisch durch äußere Bedingungen aufrechterhalten. Auf kognitiver Ebene ist die Bewertung von Frau F., dass jeder Schmerz als „Signal, dass in meinem Körper wieder etwas kaputtgeht“ zu interpretieren ist, auslösend. Emotional ist dies mit einer ängstlichen Selbstbeobachtung körperlicher Zustände

gekoppelt. Als Verstärkung des Schmerzverhaltens dürfte die konstante Zuwendung durch das Behandlungspersonal sowie die Sicherung der Grundbedürfnisse des Lebens durch ihre Freundin wirksam sein.

- Der Schmerzmittelmissbrauch ergibt sich vor allem aus der oben beschriebenen Bedeutungszuweisung des Schmerzes. Besonders die zentral im Sinne einer Distanzierung wirksame Medikation hilft Frau F. dabei, sich nicht konkret mit der bestehenden Situation auseinandersetzen zu müssen.
- Die Verarbeitung der chronischen Erkrankung scheint besonders durch die Tatsache verzögert, dass die Patientin in ihrem bisherigen Leben schwierige Situationen immer selbst in die Hand nehmen konnte. Nun steht sie im Konflikt zwischen ihrem Anspruch, auch diese Situation eigenständig überwinden zu können, und der Tatsache, dass sie ohne fremde Hilfe keine Möglichkeiten gegen die Erkrankung hat, diese aber trotz aller Anstrengungen immer weiter fortschreitet. Damit werden ihre Möglichkeiten der Lebensgestaltung immer weiter eingeschränkt. Eine besondere Rolle scheint hier auch die anfänglich von einem ärztlichen Behandler geäußerte Einschätzung zu spielen, durch seine operativen Maßnahmen sei die Erkrankung grundsätzlich zu heilen. Dies hatte sie dazu veranlasst, bereits zu einem sehr frühen Krankheitsstadium diversen rheumachirurgischen Maßnahmen zuzustimmen. Ihr anfängliches Vertrauen in einen raschen Behandlungserfolg sei aber durch das unübersehbare Fortschreiten der Krankheit zusammengebrochen. Nach wie vor fällt es ihr aufgrund dieser ursprünglichen ärztlichen Einschätzung schwer, die Chronizität der Erkrankung anzuerkennen.
- Schwer einzuschätzen bezüglich der Bedeutung für den Krankheitsverlauf ist schließlich die Tatsache, dass die Erkrankung hinsichtlich der Absicherung ihrer Grundbedürfnisse für das tägliche Leben eine gewisse Sicherheit darstellt. Die Krankenhausaufenthalte stellen Unterkunft und Verpflegung sicher. Bezüglich ihrer vorher finanziellen Möglichkeiten hat sie zwar einen massiven Einbruch erlitten, ist aber über Krankenkasse und Sozialhilfe zumindest sicher finanziell versorgt, unabhängig von ihrem Partner.

### 8.3.3 Kompetenzen und Ressourcen

Frau F. musste seit ihrer Jugend mit widrigen Lebensumständen eigenständig umgehen und sich Bewältigungsstrategien erarbeiten. Für sie ist es daher eher normal, dass das Leben unvorhersehbar und nicht glatt verläuft. Von daher ist ein grundsätzliches Vertrauen in die Selbsteffizienz anzunehmen, das selbst bei schon geringen Erfolgserlebnissen wieder aktualisiert werden kann. Der von ihr bislang ausgeübte Beruf lässt weiterhin Kontaktfreudigkeit und soziale Kompetenz vermuten, sodass hier eine Ressource gegen mögliche Isolation vorliegt.

### 8.3.4 Motivation

Die Motivation der Patientin ist nicht auf die Bewältigung der Erkrankung und das Finden von Möglichkeiten, die Symptomatik, allem voran die Schmerzsymptomatik, erträglich zu gestalten, gerichtet. Ihre gegenwärtige Sichtweise ist vielmehr auf Heilung der Erkrankung, gleichzeitig damit auf ein völliges Verschwinden der Schmerzen ausgerichtet. Dies ist für sie Voraussetzung für eine Neuorientierung in ihrem Leben. Angesichts der Charakteristik und der in der kurzen Zeit seit Krankheitsbeginn zu beobachtenden deut-

lichen Progredienz des Krankheitsprozesses ist diese Motivlage als eher hinderlich einzuschätzen. Andererseits besteht gerade auf ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund eine starke Motivation für die Übernahme von vermehrter Selbstkontrolle in Bezug auf den Krankheitsverlauf. Hier wird schon zu Beginn des Kontaktes deutlich, dass Frau F. nicht mehr als abhängige Patientin behandelt werden möchte, die ihr Schicksal ganz in die Hände alleinverantwortlicher Ärzte legt.

### 8.3.5 Selbstkontrolle

Frau F. verfügt derzeit über keinerlei Wissen und Möglichkeiten der Selbstkontrolle bezüglich Krankheitsverlauf, Schmerzbeeinflussung und Mitwirkung in der Behandlung. Sie befindet sich vielmehr im Konflikt zwischen ihrer bislang übernommenen Patientenrolle und dem letztendlich durch die bisherige Erfolglosigkeit geprägten Wunsch, mehr eigenen Einfluss zu bekommen. Bezüglich der Erkrankung überwiegt jedoch der Wunsch, dass über eine effektive Einwirkung von außen, speziell durch medizinische Behandlung, die Krankheit geheilt werden kann. Dieses Gefühl der Ohnmacht bezüglich eigener Einflussmöglichkeiten auf das Krankheitsgeschehen ist durch die bisherige Behandlung auch unterstützt worden.

### 8.3.6 System- und Beziehungsanalyse

Frau F. lebt derzeit in sehr unsicheren Beziehungsstrukturen. Ihr langjähriger Freund lässt sie im Unklaren darüber, ob er die Beziehung fortsetzen will. Ihre nächste Bezugsperson stellt derzeit eine Freundin dar, die selbst an einer „psychischen Krankheit“ leidet, deren Art von Frau F. nicht genau angegeben werden kann. Es besteht eine wechselseitige Abhängigkeit: Frau F. kann aufgrund ihrer Situation als Sozialhilfeempfängerin ihre Wohnung nicht frei wählen. Krankheitsbedingter Hilfestellung bedarf sie gegenwärtig keiner. Die Freundin hat keine sonstige Bezugsperson und unterstützt Frau F., um nicht allein leben zu müssen. Letztere würde allerdings eine gemeinsame Lebensführung mit ihrem Freund vorziehen, bedrängt diesen vermehrt, sich endlich klar zu entscheiden. Vor Krankheitsbeginn stützte sich diese Beziehung sehr stark auf die gemeinsame Tätigkeit. Hierfür war ihr äußeres Erscheinungsbild sehr wichtig, da dies eine große Rolle im Verkauf von Partnervermittlungsverträgen an Männer spielte. Ihr Freund halte nun nur mehr sehr losen Kontakt mit ihr, was er mit seiner hohen Arbeitsbelastung begründe. Finanzielle Unterstützung habe sie von ihm keine zu erwarten, sie hätten diesen Punkt immer streng getrennt. Rücklagen gebe es trotz des bisherigen überdurchschnittlichen Verdienstes keine. Daher vermisse sie den Kontakt zur Familie auch aus Gründen ihrer eigenen Existenzsicherung. Die Mutter verfüge über ein eigenes Haus und sie habe gehofft, dass ihre Mutter sie wenigstens aufgrund ihrer Krankheit wieder bei sich aufnehmen und zumindest zeitweise versorgen würde. Die Ablehnung der Mutter habe sie daher sowohl emotional als auch bezüglich ihrer Existenzsicherung schwer getroffen. Sie könne sich daher nicht von ihrer Freundin lösen, obwohl sie diese zwar einerseits als Sicherheit erlebe, sie andererseits aber durch deren Erkrankung zusätzlich belastet sei und jedesmal eine Verschlechterung ihrer Stimmungslage erfahre, wenn sie wieder über längere Zeit mit ihr zusammen sei. Den Klinikaufenthalt erlebe sie daher als Erholung von ihrer sonst problematischen Umfeldsituation.

### 8.3.7 Problemgenese

Für die Schmerzproblematik von Frau F. ist die organische Erkrankung zentral.

Ihr Schmerzmittelgebrauch ist zunächst als iatrogen induziert zu betrachten, wobei zum Zeitpunkt des Therapiebeginns die operante Komponente des Schmerzmittelkonsums eine nicht unerhebliche Rolle spielt.

Im vorliegenden Fall ist davon auszugehen, dass er über die Schmerzreduktion, die Reduktion der Beschäftigung mit dem Schmerz als Zeichen des Weiterbestehens der Erkrankung sowie die Einschränkung der kognitiven Auseinandersetzung mit der Zukunftsgestaltung durch die zentral wirksamen Medikamente negativ verstärkt wird. Vor diesem Hintergrund ist auch die Schwierigkeit der Patientin zu verstehen, nach einer bereits seit drei Jahren bestehenden Krankheitsgeschichte diese immer noch nicht in ihrem Charakter als chronische Erkrankung akzeptieren zu können. Damit ist es ihr nicht möglich, ein anderes Behandlungsziel als das der vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit annehmen zu können. Damit befindet sie sich durch die ständige Konfrontation mit den Krankheitssymptomen überdauernd in einer auf dem theoretischen Modell der Krankheitsverarbeitung nach Shontz (1975) als Konfrontation zu bezeichnenden Phase, deren emotionaler Anteil sich in der depressiven Verstimmtheit der Patientin äußert.

### 8.3.8 Funktionales Bedingungsmodell

Ausgangspunkt des funktionalen Bedingungsmodells ist die chronisch-progrediente Erkrankung von Frau F. Diese ist für sie hinsichtlich mehrerer Aspekte besonders gravierend. Sie bedroht ihre Existenz dadurch, dass sie wesentliche Bedingungen für die Ausübung ihrer Tätigkeit einschränkt oder sogar zerstört, nämlich ihre Beweglichkeit auch im Sinne von Ortsungebundenheit sowie ihre körperliche Erscheinung. Damit ist ihre gesamte Lebensplanung und soziale Stellung bedroht. Die Auswirkungen sind bereits deutlich. Vor Krankheitsbeginn hatte sie mehrere Tausend Mark monatlich zur Verfügung, nun nur mehr ein durch Sozialhilfe gesichertes Existenzminimum. Zugleich mit dieser Verunsicherung bezüglich Lebensstil und Selbstverständnis ist ihre Partnerschaft massiv bedroht, da diese auf den Voraussetzungen „Leistungsfähigkeit im Beruf“ sowie „körperliche Attraktivität“ beruhte. Diese Konstellation ist als maßgeblich dafür zu werten, dass Frau F. daran festhält, ihre Erkrankung nicht als chronisch anzusehen. Die ständige Konfrontation mit dem Versagen dieses inneren Krankheitsmodells anhand der ständig sich erweiternden Beeinträchtigungen sowie der Vergleich ihrer aktuellen Lage mit der vorbestehenden sowie der noch als möglich erachteten Lebenssituation wird von ihr depressiv verarbeitet. Diese depressive Grundstimmung wiederum trägt zusammen mit der kognitiven Bewertung des Schmerzgeschehens als „Zeichen, dass die Krankheit in meinem Körper wieder etwas kaputtmacht“ zu einer deutlichen Verschlimmerung des Schmerzgeschehens bei, das allein schon aufgrund des bestehenden aktiven Krankheitsprozesses als bedeutsam anzusehen ist. Inwieweit die bis hier dargestellten Zusammenhänge wiederum auf den Verlauf der Erkrankung zurückwirken, kann nicht geklärt werden. Es ist nur festzuhalten, dass bei Frau F. ein für den erst verhältnismäßig kurz zurückliegenden Zeitpunkt der ersten Manifestation der Erkrankung ungewöhnlich schwerwiegender Verlauf gegeben ist.

Für das Schmerzverhalten von Frau F. spielen die oben genannten Bedingungen sicherlich eine zentrale Rolle. Insbesondere ist der *Schmerzmittelkonsum* hervorzuheben.

Dieser ist im Sinne einer verhaltensanalytischen Betrachtung zunächst ausgelöst durch die bestehende Krankheit und der Verschreibungspraxis des/der vorbehandelnden Arztes/Ärztin. Der bereits vor der Erkrankung bestehende hohe Nikotinkonsum (1–2 Schachteln pro Tag) könnte im Sinne prädisponierender Einstellungen einerseits und einer organischen Disposition zur Suchtentwicklung andererseits in Betracht gezogen werden. Kognitiv ist eine Verharmlosung des Suchtmittelgebrauchs gegeben, gleichzeitig auch die Überzeugung, durch keine anderen Möglichkeiten Einfluss auf den Schmerz nehmen zu können. Als aufrechterhaltende Faktoren sind die negative Verstärkung durch die rasch einsetzende Schmerzlinderung zu nennen, die kontingent erfolgt, da auch die Medikamenteneinnahme schmerzkontingent erfolgt. Weitere negative Verstärkungen bestehen in

- der teilweisen Reduktion der depressiven Stimmungslage,
- der Beendigung der gedanklichen Beschäftigung mit den Folgen und Auswirkungen der Erkrankung,
- der nicht mehr gegebenen Hinweise auf das Bestehen der Erkrankung durch das Wegfallen der Schmerzen, die sich durch die medikamentös bedingte Distanzierung einstellen.

Als im Sinne von Bestrafung wirkende Konsequenzen schildert Frau F. ihre ständige Unkonzentriertheit, Benommenheit und Müdigkeit. Weitere operante Faktoren im Krankheitsverhalten können darin gesehen werden, dass die Aufenthalte in der Klinik ihr die Möglichkeit geben, aus der von ihr als sehr negativ empfundenen Wohn- und Lebenssituation zu entkommen. Gleichzeitig wird ihr ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Zuwendung zuteil, die sie aufgrund ihrer familiären und partnerschaftlichen Situation sonst sehr vermisst. Dies schlägt sich darin nieder, dass sie sehr deutlich auf mögliche Hinweise für ein Ende des stationären Aufenthalts mit Klagen über vermehrte oder neue Beschwerden reagiert.

## 8.4 Befund

### 8.4.1 Diagnose

Die Hauptdiagnosen werden nach ICD-10 angegeben.

1. M 05.3 Chronische Polyarthritis mit Beteiligung weiterer Organe und Organsysteme, hier Beteiligung der Niere.
2. F 43.21 Längere depressive Reaktion.
3. F 11.1 Schädlicher Gebrauch von Opioiden.

Die Schmerzsymptomatik kann als „Schmerzstörung in Verbindung mit einem medizinischen Krankheitsfaktor“ eingeordnet werden und ist daher explizit nicht als psychische Störung zu werten (vgl. hierzu DSM-IV, S. 524), sondern im Code der Chronischen Polyarthritis erfasst.

### 8.4.2 Psychischer Befund

Frau F. berichtete unter ständigem Weinen von ihrer aktuellen Befindlichkeit. Die geschilderten Situationen und deren emotionelle Bewertung korrespondieren eng miteinander. Sie ist im Kontakt sehr offen, trotz der starken Hinwendung zu ihrer Problematik zugewandt. Im Vordergrund steht der Ausdruck von Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Ohnmacht. Frau F. ist altersgemäß gekleidet, scheint aber keinen Wert auf Kleidung und äußeren Eindruck zu legen. Sie ist in allen psychischen Qualitäten voll orientiert, scheint von mindestens durchschnittlicher Intelligenz mit auffälliger verbaler Gewandtheit. Angesprochen auf ihren überhöhten Schmerzmittelgebrauch äußert sie Einsicht. Sie gibt an, hier zwar Bedenken zu haben, letztlich gegenwärtig aber keine Alternativen für die Schmerzbekämpfung und die Auseinandersetzung mit der Krankheit zu sehen. Eine Änderung sei erstrebenswert, käme aber nur bei einer Veränderung der Perspektiven in Frage.

### 8.4.3 Somatischer Befund

Es liegt eine eindeutige seropositive, der Entzündungsaktivität nach hochaktive chronische Polyarthrit vor. Im klinischen Bild zeigt sich eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik, die zu den sonstigen Befunden in adäquatem Verhältnis steht. Die Funktionskapazität der Patientin ist in Relation zu ihrem multiplen und gravierenden Gelenkbefall eher als hoch einzuschätzen. Die Morgensteifigkeit wird mit mindestens einer halben bis zu einer Stunde angegeben. Der Krankheitsverlauf ist sowohl vom Erscheinungsbild als auch von der Röntgendiagnostik her als sehr progredient zu betrachten. Es liegen neben einem multiplen Gelenkbefall, der trotz vorheriger rheumachirurgischer Eingriffe auch bereits zu Gelenkdestruktionen geführt hat, sowohl eine Beteiligung zusätzlicher Organe, hier der Niere, als auch bereits eine Beteiligung der Halswirbelsäule vor.

## 8.5 Ziele

Als Therapieziele sind anzugeben:

- Veränderung des Umgangs mit Schmerz, insbesondere bezüglich des Medikamentengebrauchs.
- Unterstützung und Förderung der Krankheitsbewältigung. Hierunter fallen der Aufbau einer realistischen Einschätzung der Erkrankung, Abbau der depressiven Reaktion und der Aufbau von Zukunftsperspektiven in beruflicher und sozialer Hinsicht.

Für den stationären Aufenthalt sollte in Absprache mit Patientin, Stationsärztin und Oberarzt die Reduktion des Schmerzmittelkonsums bei gleichzeitigem Aufbau alternativer Strategien der Schmerzbewältigung als vorrangiges Ziel angegangen werden. Dies erscheint auch im Hinblick auf das Ziel der Unterstützung der Krankheitsbewältigung und der Verminderung der depressiven Reaktion als günstigster erster Schritt, da hierdurch zumindest für einen Symptombereich der Erkrankung wieder Selbstkontrollmöglichkeiten erworben werden können. Die übrigen Ziele können je nach Aufenthaltsdauer, die von dem klinischen Krankheitsbild abhängig zu machen ist, entweder ebenfalls noch im stationären Rahmen oder über eine anzustrebende unmittelbare ambulante Weiterbetreuung verfolgt werden.

## 8.6 Therapieplan

Die Therapieplanung wird zunächst, ohne die mögliche Begrenzung der Aufenthaltsdauer zu berücksichtigen, für alle Zielbereiche durchgeführt.

### 8.6.1 Medikament und Schmerz

Hierzu soll ein psychologisches Schmerzbewältigungstraining für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen durchgeführt werden (Jungnitsch 1992). Da dieses verbunden werden soll mit einem Abbau des Schmerzmittelmissbrauchs wird es nicht standardgemäß in der Gruppe, sondern im Einzelkontakt durchgeführt, um besser auf die individuelle Situation der Patientin eingehen zu können. Neben der Vermittlung eines für die Patientin nachvollziehbaren Schmerzmodells, der „Gate-Control-Theorie“, soll bei ihr vor allem die Bewertung des Schmerzes als „Zeichen, dass die Krankheit wieder etwas kaputt macht“, modifiziert werden und die bei starken Schmerzen erfahrungsgemäß sehr wirksame Technik der „Schmerzobjektivierung“ (Jungnitsch 1992) intensiv eingeübt werden. Die Schmerzmittelreduktion soll schrittweise mit Hilfe des sog. „Pain-cocktails“ (Fordyce 1976) erfolgen.

### 8.6.2 Förderung der Krankheitsakzeptanz

Es sollen zunächst ausschließlich Einzelkontakte stattfinden, da Frau F. aufgrund ihrer gegebenen Krankheitsbewältigungsphase nicht von einer Gruppe profitieren bzw. die Mitglieder einer solchen Gruppe nicht als die für sie relevante Bezugsgruppe annehmen kann. Als Methodik ist ein Visualisierungstraining (Jungnitsch 1997) des Krankheitsprozesses in der Einzelbehandlung geplant. In Bezug auf die Einstellung zu ihrem Körper und den pessimistischen Zukunftsentwurf sollen zusätzlich zu den krankheitsbezogenen Visualisierungen die für sie geeigneten therapeutischen Geschichten zur Beschreibung der eigenen Ressourcen, des Bewältigungsverlaufs, der Umorientierung in scheinbar auswegloser Situation sowie der Bewertung von Äußerlichkeiten (Jungnitsch 1992) mit einbezogen werden. Gerade dieser Punkt ist auf dem Hintergrund einer tragfähigen Beziehung zu realisieren, die dadurch zu kennzeichnen ist, dass die Sorgen und Befürchtungen der Patientin erst genommen und nicht „weggeredet“ werden. Das Vorgehen wird damit nur als Vorschlag und mögliche Alternative eingeführt und dessen Ausführung und Akzeptanz nicht erzwungen.

Im Anschluss an dieses auf den Einzelkontakt zentrierte Vorgehen sollte, abhängig vom Ergebnis dieser Behandlungsphase, die Teilnahme an einer Gruppe zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung stehen.

Ein weiterer Ansatz zur Förderung der Krankheitsakzeptanz besteht in der engen Kooperation mit den Arbeitsbereichen Ergotherapie sowie Physikalische Therapie. Es soll auch psychologischen Kontakt der Einsatz und die Akzeptanz von Hilfsmitteln gefördert werden. Übungen der Krankengymnastik sollen durch ein ergänzendes mentales Training unterstützt werden, um damit auch die Übungsmotivation zu erhöhen bzw. den Einsatz von Entspannung während krankengymnastischer Übungen zu ermöglichen. Dies soll zu schmerzfreieren Übungsmöglichkeiten führen. Zudem sollen gemeinsam Belastungspläne erarbeitet werden, das Frau F. dazu neigt, sich entweder zu überlasten oder in eine völlige Schonungshaltung zu verfallen.

### 8.6.3 Aufbau einer neuen Lebensperspektive

Zu diesem Punkt sind zwei Themen zu bearbeiten: Die Partnersituation und die Perspektiven im beruflichen Bereich bzw. bezüglich der Möglichkeiten, eigenständig für den Lebensunterhalt zu sorgen. In Bezug auf den Partner sollen gemeinsam Überlegungen angestellt werden, unter welchen Voraussetzungen die Beziehung fortgeführt werden kann oder soll und inwieweit sie eine Klärung mit ihrem Freund erreichen kann. Zum Thema einer möglichen weiteren beruflichen Tätigkeit ist zunächst an eine enge Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt sowie einem benachbarten Berufsbildungszentrum gedacht, um die Möglichkeiten beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen auszuloten. Frau F. soll hier unterstützt werden, diese Kontakte selbst herzustellen. Dies gilt gleichermaßen für eine Beratung mit einer Sozialpädagogin der örtlichen Caritas-Beratungsstelle. Bereits im Vorfeld hierzu sollen Stärken und Interessen von Frau F. herausgearbeitet werden.

## 8.7 Therapieverlauf

### 8.7.1 Die erste Therapiephase

Dem Therapieplan entsprechend wurde mit Frau F. zunächst ein plausibles Modell der Schmerzbeeinflussung erarbeitet. Sie zeigte sich sehr gut in der Lage, schmerzmodulierende Faktoren aus ihrem eigenen Erfahrungsbereich zu erkennen und damit die Grundvorstellung, eigene Möglichkeiten der Schmerzkontrolle zur Verfügung zu haben, zu akzeptieren. Parallel hierzu wurde mit Hilfe eines Schmerztagebuches bei zunächst unverändertem Medikamentenkonsum ein Profil ihres Schmerzverlaufs und der Medikamenteneinnahme erstellt. Es zeigte sich über den Beobachtungszeitraum von einer Woche, dass Frau F. regelmäßig mindestens drei Schmerzmaxima pro Tag, die eine Größenordnung von 9 auf der zehnstufigen Skala erreichen, angab. Diese lagen in der Regel am späteren Vormittag, gegen 15 Uhr nachmittags sowie am frühen Abend zwischen 19 und 21 Uhr. Gelegentlich traten auch dazwischen noch deutliche Erhöhungen der wahrgenommenen Schmerzintensität auf. Die Einnahme des zentral wirksamen Schmerzmittels erfolgte zu diesen Schmerzgipfeln kontingent. Die Antirheumatika-Medikation mittels eines nichtsteroidalen Antirheumatikums nahm Frau F. dagegen nach einem festen Zeitplan vor.

Da die entsprechende Medikation nicht im Sinne eines „Pain-cocktails“ in einer Mischung zusammen verabreicht werden konnte – das aufgrund der gegebenen Entzündungsaktivität indizierte Antirheumatikum mit Langzeitwirkung lag z.B. nur in Form eines Zäpfchens vor, die Steroidmedikation muss einem der natürlichen Cortisolproduktion angepassten Zeitmuster folgen – bezog sich der Ansatz zur Schmerzmittelreduktion zunächst ausschließlich auf das zentral wirksame Mittel. In Abstimmung mit den behandelnden Ärzten wurde zunächst noch keine Änderung der Schmerzmittelmenge, sondern des Einnahmemusters (zeitkontingente statt schmerzkontingente Einnahme) durchgeführt. Frau F. erklärte sich bereit, sämtliche mitgebrachte Vorräte abzugeben und alle zwei Stunden die bereitgestellte Medikamentendosis bei der Stationsschwester abzuholen und einzunehmen.

Parallel zu diesem Vorgehen wurde mit ihr die Methode der „Schmerzobjektivierung“ durchgeführt (Jungnitsch 1992). Besonders betont wurde dabei das Verwenden symptomlindernder Vorstellungen, in ihrem Fall eine Kühleimagination ihre Gelenke betref-

fend, in dem sie in der Vorstellung eine kühlende Flüssigkeit ihre Gelenke umspülen ließ. Parallel dazu nahm sie an der durch die psychologisch-technische Assistentin routinemäßig angebotenen Entspannungsgruppe zur Vermittlung der progressiven Muskelentspannung teil.

Das Schmerzprofil von Frau F. änderte sich dahingehend, dass sie zwar immer noch Schmerzen in einem Bereich von sechs bis acht angab, es aber zu keinen klar identifizierbaren Schmerzspitzen mehr kam. Die Medikamenteneinnahme wurde daraufhin in zwei Dimensionen verändert: Zunächst wurde die Dosis täglich reduziert, von 20 Tropfen alle zwei Stunden über zehn Tage hinweg auf zehn Tropfen alle zwei Stunden, wobei die Flüssigkeitsmenge für die Einnahme gleich blieb. In ihrem Schmerzprofil ergab sich im Verlauf dieser Reduktion keinerlei Änderung. Daraufhin wurde die Zeitspanne der Einnahme gestreckt, kontinuierlich von der zweistündigen bis hin zu einer vierstündigen Einnahme.

Frau F. berichtete weiter keine Änderungen in ihrem Schmerzempfinden, setzte nun aber zunehmend häufiger die Strategie der Schmerzobjektivierung ein. Über diesen Zeitraum hinweg, der insgesamt drei Wochen betrug, blieb die für die rheumatische Erkrankung spezifische Medikation konstant. Während dieser Reduktionsphase fand ein sehr intensiver therapeutischer Kontakt statt, neben zwei regulären Therapiestunden je Woche wurde mit Frau F. ein täglicher morgendlicher Termin von ca. fünfzehn Minuten Dauer vereinbart. Dort wurden jeweils das Schmerztagebuch des Vortages sowie die Möglichkeiten des Einsatzes der Schmerzobjektivierung und von Entspannung besprochen. Dies diente der Verstärkung des zum Schmerzmittelmisbrauch alternativen Verhaltens.

Nach insgesamt drei Wochen war Frau F. bei einer Dosis von 60 Tropfen des Medikaments angelangt, dies liegt 20 Tropfen unter der durchschnittlichen Normaldosis. In ihrem Schmerzverlauf zeigten sich keine deutlichen Spitzen mehr, die Maximaleinschätzung lag bei sechs, die durchschnittlich angegebene Schmerzstärke bei vier.

Zu diesem Zeitpunkt wurde der Einsatz eines neuartigen Basismedikamentes geplant. Daher wurde von psychologischer Seite die Schmerzbewältigung in den Hintergrund gestellt und Punkt zwei der Therapieplanung, die Unterstützung der Krankheitsbewältigung, angegangen. Dabei sollte im Sinne der Compliance jedoch weniger die Veränderung der Krankheitskonzeption von Frau F. in den Vordergrund gestellt werden, sondern vielmehr die Unterstützungs- und Fördermöglichkeit der Behandlung durch eigene Strategien. Gleichzeitig war immer wieder gemeinsam mit den ärztlichen Behandlern das Behandlungsziel „Aufhalten oder Stoppen der Erkrankung“ zu unterstreichen, um damit den Charakter der chronischen Krankheit nicht zu verschweigen und neben den Erwartungen auf Heilung der Erkrankung noch die Möglichkeit für andere Veränderungen offen zu lassen, die auch als Erfolg gewertet werden können.

Aufgrund ihrer Erfahrungen mit der symptombezogenen Visualisierung konnte Frau F. sehr rasch die Anregung für ein Bild zur Beschreibung und Veränderung des gesamten Krankheitsprozesses umsetzen. In ihrer Vorstellung beschrieb sie diese als ein Tier, das es in der Realität zwar so nicht gebe, das aber große Ähnlichkeit mit einem Hummer habe. Dieses Tier wandere durch ihren Körper und ernähre sich von ihren Gelenken. Feinde dieses Tieres in ihrem Körper stellte sie sich als eine Vielzahl kleiner Parasiten vor. Diese hefteten sich an den Körper dieses großen Tieres und schwächten es allmählich immer mehr. Die Medikamente nahm sie als schädliche Stoffe für dieses Tier wahr, die von ihm automatisch mit seiner Nahrung aufgenommen würden. Daher wird es immer mehr geschwächt und kann den Parasiten nichts mehr entgegensetzen. Es gelang ihr allerdings nicht, ein abschließendes Bild der endgültigen Zerstörung dieses Tieres zu

finden. Dies lässt sich als beginnende Akzeptanz der Chronizität der Erkrankung interpretieren, was unter diesem Aspekt positiv zu werten wäre. Unter dem Aspekt einer kämpferischen und letztendlich starken Position gegenüber der Krankheit ist es jedoch als eher weniger günstig zu beurteilen.

Zur Entwicklung dieses Bildes waren mehrere Stunden nötig. Der Hauptanteil lag dabei nicht in der Modellvermittlung der Visualisierung als aus der Psychoimmunologie abzuleitenden Methode (Jungnitsch 1997). Der Großteil der Stunden, in denen die Visualisierung jeweils immer wieder unter Anleitung durchgeführt wurde, wurde benötigt, um den oben beschriebenen Erfolg gegenüber der Erkrankung selbst im Bild erlebbar und möglich zu machen.

Da keine weitere medizinisch begründbare Notwendigkeit für einen stationären Aufenthalt mehr vorlag und auch der Schmerzmittelabusus stabil beendet schien, wurde Frau F. nach insgesamt neun Wochen aus der Klinik entlassen.

Der Behandlungsumfang von psychologischer Seite betrug bis dahin, die regelmäßigen Kurztermine nicht eingerechnet, insgesamt 16 Sitzungen. Neben der deutlichen Veränderung des Schmerzmittelkonsums war eine gravierende Verringerung der depressiven Verstimmung festzustellen, ohne dass diese direkt therapeutisch angegangen worden wäre. Diese Stimmungsveränderung zeigte sich in verschiedenen Bereichen: Im therapeutischen Kontakt wirkte sie ausgeglichener, vor allem fiel auf, dass sie sehr viel mehr Wert auf Körperpflege legte. Wie sie selbst es formulierte, „richtete sie sich so wie früher gerne her“ und schminkte sich. In der Auswahl ihrer Kleidung ging sie wieder sehr bewusst vor. Während sie zu Beginn des Klinikaufenthalts ausschließlich einen Trainingsanzug trug, legte sie diesen nur noch zu entsprechenden Therapien an und kleidete sich sonst zu den Mahlzeiten oder auch den Freizeiten um. Außerdem nahm sie vermehrt Kontakt zu Mitpatienten auf, ging sogar einige Male aus oder unternahm Wochenendausflüge.

Da aufgrund der Einleitung der neuen Basistherapie eine stationäre Kontrolle nach bereits vier Wochen angesetzt wurde, wollte Frau F. bis dahin auch keinen ambulanten Kontakt an ihrem Wohnort aufnehmen, sondern vereinbarte bereits einen weiteren Termin zur Wiederaufnahme. Dieser Aufenthalt beschränkte sich auf 10 Tage, während deren drei Sitzungen stattfanden. In diesen wurden vor allem nochmals die Möglichkeiten der symptom- und krankheitsbezogenen Visualisierung aufgefrischt. Ihr Bild war bislang unverändert geblieben, im Rahmen der Schmerzbekämpfung setzte sie jedoch zunehmend auch Ablenkung und Aktivität gegen die Schmerzen ein. Auch kümmerte sie sich nach dem Klinikaufenthalt selbst um die Belange ihrer sozialen Versorgung.

Ihre Krankheitsaktivität, gemessen an der Blutsenkungsgeschwindigkeit, hatte sich deutlich verringert, die Basistherapie wurde von ärztlicher Seite als innerhalb dieses Zeitraumes als überraschend effektiv beurteilt. In ihrer Schmerzeinschätzung lag Frau F. konstant bei einem Wert von zwei. Dabei hatte sie das zentral wirksame Medikament glaubhaft inzwischen völlig abgesetzt und nahm zur symptomatischen Schmerzbehandlung nur mehr gelegentlich 500 mg Paracetamol neben der antirheumatischen Therapie, die sie unverändert fortführte. Bezüglich der Partnerschaft hatten sich keine Änderungen ergeben. Ihr Freund lebte im Wesentlichen wieder mit seiner Ehefrau zusammen. Er hatte ihr allerdings in Aussicht gestellt, gegen Ende des Jahres nach Südamerika auszuwandern zu wollen und sie, wenn sie dies wolle, mitzunehmen. Seine Frau würde auf keinen Fall mitkommen.

Zu Ende dieses Aufenthalts wollte Frau F. weiterhin keine ambulanten Kontakte initiieren, da die Wiederaufnahme zur stationären Kontrolle nach drei Monaten bereits feststand.

### 8.7.2 Die zweite Therapiephase

In dieser Phase, die insgesamt fünf Wochen umfasste, fand ein über sechs Sitzungen sich erstreckendes Gruppenprogramm zur Schmerzbewältigung statt. Das Setting der Gruppe wurde in erster Linie gewählt, um Frau F. Gelegenheit zu geben, sich in angeleitetem Rahmen mit anderen Betroffenen auseinanderzusetzen zu können und damit im Sinne des zweiten Therapiezieles ein realistischeres Krankheitsverständnis zu fördern. Weiter fanden noch sieben Einzeltermine statt. Diese dienten entsprechend dem dritten Therapieziel hauptsächlich der Zukunftsplanung. Im Vordergrund stand dabei die Partnerschaft und die Möglichkeit, zusammen mit dem Freund nach Südamerika auszuwandern. Bezüglich ihrer beruflichen Neuorientierung wurden verschiedene Kontakte initiiert.

Ihre Erkrankung war zu diesem Zeitpunkt wieder hoch aktiv, abzulesen auch an einer BSG von 50. Bei ihren Schmerzangaben blieb sie aber weiterhin im unteren bis maximal mittleren Bereich. Zentral wirksame Schmerzmedikamente nahm sie weiterhin keine ein. Deutlich war jedoch der Verlauf ihrer Stimmung an den Krankheitsverlauf gekoppelt. Im Verlauf des Klinikaufenthalts besserte sich ihre Stimmung deutlich, was nicht zuletzt von ihr auf die Gruppenteilnahme zurückgeführt wurde. Dabei gab sie an, besonders von der Anregung zum Genusstraining profitiert und innerhalb der Gruppe zwei sehr gute Kontakte gefunden zu haben. Vom gesamten Klinikpersonal konnte eine deutliche Aktivitätssteigerung bei ihr beobachtet werden, und zwar sowohl was ihre Sorgfalt in der Wahrnehmung ihrer Therapietermine betraf als auch ihre Freizeitaktivitäten. Parallel war von medizinischer Seite eine deutliche Erhöhung ihrer Cortisontherapie angesetzt worden, was sich in einem relativ raschen Rückgang der Entzündungsaktivität äußerte. Nach dem komplikationslosen Ansetzen einer neuen Basistherapie wurde sie mit der Auflage einer stationären Kontrolle nach drei Monaten entlassen.

Ihre Überlegungen für einen befristeten Versuch eines Südamerikaaufenthalts wurden gemeinsam von medizinischer und psychologischer Seite aufgegriffen und dadurch realisierbar gemacht.

### 8.7.3 Die dritte Therapiephase

Nach dem knapp dreimonatigen Südamerikaaufenthalt wurde Frau F. wieder zur Nachkontrolle in die Klinik aufgenommen. Ihre Erkrankung zeigte sich weiter mit deutlicher Entzündungsaktivität (BSG 52), außerdem war eine röntgenologisch zu sichernde Progredienz der Gelenkdestruktionen eingetreten. Frau F. gibt an, dass sie eine Verschlechterung in ihrem Gesundheitszustand bereits kurz nach ihrer Rückkehr nach Deutschland wahrgenommen habe. In Südamerika selbst sei es ihr aufgrund vielfältiger Kontakte sehr gut gegangen. Sie habe allerdings bemerkt, dass sie sich überforderte und häufig über ihre Belastungsgrenze hinausging. Dies sei ihr nicht zuletzt dank bewusst eingesetzter Schmerzbewältigungsstrategien gelungen. Da sich ihre Partnerschaft aber endgültig als nicht tragfähig herausstellte, sei sie wieder nach Deutschland zurückgekehrt.

Die Krankheitssituation machte nun einen erneuten rheumachirurgischen Eingriff notwendig, nämlich eine Synovektomie des rechten Sprunggelenks. Frau F. gab an, vor dieser Operation, insbesondere vor der Anästhesie, große Angst zu haben. Daher wurde die Operation von psychologischer Seite begleitet. Dies wurde insbesondere gemeinsam mit dem Anästhesisten geplant und zum Teil auch durchgeführt. Die Begleitung bestand in einer genauen Informationsphase durch den Anästhesisten unter angeleiteter Entspannung, einer Kurzenspannung in Form einer Phantasiereise während der Prämedikation sowie angeleiteter Visualisierungen zur Heilung nach erfolgter Operation.



Frau F. benötigte eine im Vergleich zu anderen Patienten geringfügigere Schmerzmedikation bei einem unkomplizierten Heilungsverlauf. Eine weitere psychologische Intervention zu diesem Zeitpunkt bestand in der Unterstützung der krankengymnastischen Übungen durch mentales Training.

Sie verbrachte hierzu insgesamt knapp zwei Monate in der Klinik, von psychologischer Seite fanden in diesem Zeitraum sieben Einzelstunden sowie mehrere Kurztermine vor und nach der Operation sowie zusammen mit der behandelnden Krankengymnastin statt. Nach Einleitung eines neuen Basismedikaments wurde sie auf eigenen Wunsch kurzfristig entlassen. Es wurde eine baldmögliche Wiederaufnahme vereinbart, daher wurden auch keine ambulanten Kontakte am Wohnort vorbereitet.

#### 8.7.4 Die vierte Therapiephase

Bei Wiederaufnahme in die Klinik nach vier Wochen lag eine hohe Entzündungsaktivität (BSG 75) vor. Auch die Röntgenkontrolle zeigte weiterhin ein Fortschreiten der Erkrankung. Als neuerlicher Versuch wurde als Basismedikament das Zytostatikum Methotrexat eingeleitet. Bei einem früheren Therapieversuch war dieses Medikament wegen Unverträglichkeit abgesetzt worden. Frau F. äußerte von sich aus den Wunsch, diesen erneuten Versuch mit weiteren Visualisierungsübungen zu begleiten. Sie beschreibt ihre Krankheit nun als krakenartiges Gebilde, das sich in erster Linie im Unterleib aufhält und dort bekämpft werden muss. Als einzige Bekämpfungsmöglichkeit findet sie die Vergiftung dieser Krake über das eingenommene Zellgift, ohne Möglichkeiten von sich selbst dazu beitragen zu können. Diese Visualisierungsübung wird in einer Gruppe durchgeführt, die 6 Einheiten umfasst. Das Beispiel der Gruppenteilnehmer trägt dazu bei, dass sie ihre Krankheit zunehmend als Herausforderung ansieht. Konkret bedeutet dies, dass die Patientin angibt, nun fest entschlossen zu sein, endlich konstruktiv etwas in ihrem Leben zu verändern. Dieser Entschluss wird dadurch relativiert, dass sie als Voraussetzung hierzu weiterhin die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes angibt, was allerdings angesichts des bisherigen Krankheitsverlaufs nicht von der Hand zu weisen ist. Eine Veränderung hierzu stellt für sie allerdings dar, dass sie nun konsequent an ihrer Behandlung mitarbeitet. Dies bedeutet vor allem, eine regelmäßige Durchführung der Krankengymnastik sowie die Einnahme der Medikamente entsprechend der Vorschrift. Letzteres hatte sie bislang eher großzügig gehandhabt, keinen Zeitplan eingehalten und öfter auch die Einnahme vergessen.

Trotz der eingetretenen Verschlimmerung des Krankheitsbildes ist Frau F. aber von der Stimmung her nicht beeinträchtigt.

Zu diesem Zeitpunkt in der Therapie spricht Frau F. eine völlig neue Thematik an, nämlich eine Vergewaltigung, die stattfand, als sie 14 Jahre alt war. Ihr Körpergefühl zur damaligen Zeit erinnere sie an das gegenwärtige, nämlich gegenüber ihrem kranken Körper wieder einen ganz ähnlichen Ekel wie damals zu empfinden. Das Erkennen dieser Parallele veranlasse sie nun, ganz bewusst positiv mit ihrem Körper umgehen zu wollen. Das Thema der Vergewaltigung sei jedoch für sie abgeschlossen, daher bat sie auch darum, es nicht mehr aufzugreifen, außer sie selbst wünsche dies ausdrücklich.

Diese Phase umfasste sieben Wochen, in denen acht Einzelsitzungen sowie eine insgesamt sechsstündige Gruppentherapie stattfanden. Bei Entlassung war ihre Entzündungsaktivität deutlich geringer (BSG 26), außer einem Antirheumatika zur Nacht nahm sie weiterhin keine Schmerzmittel ein. Das Basismedikament wurde gut vertragen.

#### 8.7.5 Die fünfte Therapiephase

Zu Beginn des Klinikaufenthalts, der zur Kontrolle nach zwei Monaten erfolgte, zeigt sich erstmals eine Stabilisierung des Zustandes von Frau F. Es liegt nur mehr eine geringfügige Entzündungsaktivität vor (BSG 24), röntgenologisch ist keine weitere Progredienz sichtbar. Sie gibt an, während der Zeit außerhalb der Klinik sowohl die Visualisierung fortgeführt als auch zuverlässig bei der medizinischen Behandlung mitgewirkt zu haben. Bezüglich ihrer Lebensumstände habe sie noch einmal Kontakt zu ihrer Mutter aufgenommen, diese habe es jedoch strikt abgelehnt, sie nochmals zu Hause aufzunehmen. Dies habe sie zwar kurzfristig wieder in ein Stimmungstief gestürzt, ihr letztendlich aber auch klargemacht, dass sie nur selbst etwas zur Verbesserung ihrer Situation bewirken könne. Sie habe aber weiter nichts unternommen, da sie erst die Stabilisierung und möglicherweise Heilung ihrer Erkrankung abwarten wolle. Da sich hierin wieder ihre bereits von Anfang an bestehende unrealistische Sichtweise der Erkrankung anzudeuten schien, erhielt sie unter dem Gesichtspunkt der Krankheitsbewältigung und konkreten Entwicklung von Perspektiven die Möglichkeit, an einem von den Rahmenbedingungen her neu konzipierten psychologischen Gruppentraining zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung teilzunehmen. Dieses war als Intensivblock mit einer Gruppe über zweimal einen ganzen Tag hinweg geplant und enthielt die Bausteine des zweiwöchigen Trainings. Es richtete sich ausschließlich an jüngere Patienten (20–40 Jahre), die bereits an einer oder mehreren Gruppen sowie Einzeltherapie teilgenommen hatten. Ziel war eine intensive Auffrischung der einzelnen Bausteine sowie ein Erfahrungsaustausch zu Möglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung gerade für Personen jüngeren Lebensalters auch im Hinblick auf die Möglichkeiten von Beruf und Partnerschaft. Frau F. stimmte der Teilnahme an dieser Gruppe zu. Aus der Gruppe heraus wurde sie dann vor allem mit dem Aspekt konfrontiert, trotz bestehender Erkrankung durchaus gangbare Wege zur Unabhängigkeit von der Sozialhilfe entwickeln zu können. Es werden ihre Planlosigkeit und ihr Verharren bei reinen Absichtserklärungen kritisiert. Sie erlebt dies zunächst als sehr schmerzlich, möchte die Gruppe sogar beenden. Dies wird im Einzelkontakt geklärt, dabei besonders betont, welche positiven Anteile die Kritik der Gruppenmitglieder beinhaltet. Daraufhin gelingt es ihr tatsächlich, diese Konfrontation als hilfreich zu empfinden und auch sofort konkrete Schritte bezüglich ihrer weiteren Lebensgestaltung zu unternehmen.

Bei Entlassung aus der Klinik nach fünf Wochen war ihr Krankheitsbild weiterhin stabil. Bezüglich der Schmerzen berichtete sie über Intensitäten, die unterhalb des mittleren Bereichs bleiben und zwischen zwei und vier schwanken. Außer den verordneten Antirheumatika nimmt sie keine weiteren Schmerzmittel mehr.

Eine weitere ambulante psychologische Betreuung sieht sie, obwohl ihr unter der Zielvorstellung einer weiteren Stabilisierung unter Alltagsbedingungen dazu geraten wird, vorläufig nicht als nötig an, möchte sie aber gegebenenfalls am neuen Wohnort aufnehmen. Hierfür werden ihr niedergelassene Kolleginnen mit einer entsprechenden Qualifikation auch bezüglich Schmerztherapie genannt, die es am entsprechenden Ort auch gibt.

Der Behandlungsumfang in dieser Phase betrug insgesamt drei Einzelsitzungen sowie die Teilnahme am Intensivgruppenprogramm. Der reduzierte Umfang der Einzelsitzungen begründet sich darin, dass der Therapeut noch während dieser Aufenthaltsphase wegen seines Stellungswechsels die Klinik verließ und die Patientin für den Rest ihres Aufenthalts einen Therapeutenwechsel ablehnte.

Nach diesem Aufenthalt brach Frau F. den Kontakt zur Klinik ab. Aus einem Krankenhausbericht, der aus Anfang 1998 stammt und somit fünf Jahre nach diesem letzten Kon-



takt liegt, geht hervor, dass Frau F. vermutlich infolge der Antirheumatikaeinnahme an einem Magenulkus operiert werden musste. Die chronische Polyarthrit wird als weiterhin mäßig aktiv beschrieben, vom Krankenhaus wurde zur Schmerztherapie ein orales Morphinpräparat verordnet. Aus der Adresse des Krankenhauses ist zu schließen, dass Frau F. ihren Wohnort entweder nicht gewechselt hat oder derzeit wieder am alten Wohnort ist. Weitere Informationen zur Katamnese waren nicht beizubringen.

## 8.8 Therapeut-Klient-Beziehung

Die Beziehung war zunächst geprägt durch die Einstellung von Frau F., dass psychologische Interventionen bezüglich ihrer Erkrankung nicht relevant seien. Auch bestand gegenüber dem psychologischen Zugang insgesamt zunächst Misstrauen, das durch die Freundin, bei der sie zu diesem Zeitpunkt lebte und die ihrerseits in psychiatrischer Behandlung stand und ein durchweg negatives Bild dieser Behandlung zeichnete, vermittelt wurde. Andererseits war gleichzeitig von Anfang an eine große Offenheit vonseiten der Patientin vorhanden, die auf ihre Hoffnung, Unterstützung und Verständnis in ihrem Leiden zu erhalten, die sie sonst von keiner Seite wahrnahm, begründet war. Schwierig für den Kontakt war zunächst ihre verleugnende Haltung, die immer wieder zu dem Punkt führte, erst etwas für sich tun zu wollen, wenn die Krankheit beendet sei. Gerade hier stellte es für den Therapeuten eine große Schwierigkeit dar, besonderes beim Ansatz der Visualisierung einerseits deren Möglichkeiten herauszustreichen, andererseits keine unrealistischen „Heilserwartungen“ aufzubauen, wie sie sie zumindest aus ihren ersten Behandlungen wahrgenommen hat. Zudem versuchte sie sich meist betont lässig und von ihrem Schicksal unberührt darzustellen, sodass es immer wieder schwierig war, ihre tatsächliche Stimmungslage herauszufinden. Gleichzeitig stellte diese Verhaltensweise eine Möglichkeit dar, zeitweilig eine innere Distanz zur Erkrankung zu finden, sodass sie als mögliche Bewältigungsstrategie unterstützt werden sollte. Der Therapeut empfand die Begegnung daher häufig als Balanceakt, bei dem es darum ging, keine maladaptiven Einstellungen zu erhärten und die adaptiven Aspekte herauszustreichen. Gleichfalls schwierig war es, in Phasen großer Verzweiflung aufseiten der Patientin diese zwar anzunehmen, gleichzeitig aber einen zukunftsorientierten Blickwinkel beizubehalten. Da ihre Erkrankung tatsächlich einen besonders schweren Verlauf nahm, musste der Therapeut hier sehr oft auf das Beispiel anderer schwerstbetroffener Patientinnen, die ihre Erkrankung positiv bewältigt hatten, zurückgreifen. Dies diente nicht nur als Beispiel für die Patientin, sondern war gleichzeitig eine Strategie der Bewältigung dieser Situation für den Therapeuten selbst, um nicht ebenfalls in die Hoffnungslosigkeit zu verfallen, wie die Patientin sie zeigte. Als sehr erleichternd und förderlich für die Zusammenarbeit stellte sich in Bezug auf die Schmerztherapie die große Kooperationsbereitschaft der Patientin zum Schmerzmittelentzug dar. Der hierbei erreichte Erfolg sowie die tatsächlich erreichte Änderung in der Schmerzverarbeitung festigten sowohl die therapeutische Beziehung als auch ihr Vertrauen in die Wirksamkeit weiterer psychologischer Methoden, die sie ja auch trotz der Krankheitsverschlechterung immer weiter praktizierte.

## 8.9 Art und Verlauf der psychologisch-medizinischen Kooperation

Die Kooperation bestand einerseits in der Formulierung gemeinsamer Ziele, besonders in Bezug auf den Schmerzmittelmissbrauch. In dieser Phase richtete sich selbst die Planung der Verweildauer auch nach der von psychologischer Seite als notwendig erachteten Behandlungsdauer. Eine weitere Kooperation bestand darin, dass verschiedene medizinische Maßnahmen durch psychologische Methoden unterstützt wurden. Zu nennen ist hier der Einsatz der Immunglobulintherapie, die von Visualisierungsübungen begleitet wurde und deren Notwendigkeit gleichermaßen vom Arzt wie vom Psychologen vermittelt wurde. Eine ähnliche Zusammenarbeit fand, wie bereits oben beschrieben, zwischen Anästhesisten und Psychologen statt. Als sehr wichtig ist die Zusammenarbeit mit der Krankengymnastin zu werten. Gerade durch diese wurde die Verwertbarkeit psychologischer Methoden bezüglich der Veränderung der Krankheit und ihrer Folgen unterstrichen. Das Vorgehen hierzu bestand darin, dass krankengymnastische Übungen während ihrer Durchführung von der Krankengymnastin gleichzeitig verbal beschrieben wurden und im Beisein des Psychologen auf Kassette aufgenommen wurden, um dann gemeinsam mit der Patientin mental eingeübt zu werden. Dies erwies sich besonders bei den Gehübungen als sehr hilfreich.

Insgesamt kann die Kooperation in diesem Fall als sehr eng bezeichnet werden.

## 8.10 Analyse und Bewertung

Beim vorliegenden Fall handelt es sich weniger um eine Psychotherapie bei Schmerz als vielmehr um den Einsatz klinisch-psychologischer Methoden im Rahmen eines Rehabilitationskonzeptes. Die Planung dieser Maßnahmen stützt sich dabei aber in gleicher Weise auf eine Bedingungs- und Verhaltensanalyse, wie dies für eine Psychotherapie der Fall wäre. Unter rehabilitationspsychologischem Gesichtspunkt wurden psychologische Interventionen durchgeführt, deren Zielpunkte auf allen drei Ebenen der Prävention von Behinderung lagen (Jungnitzsch 1997):

- Der Schmerzmittelentzug sowie die Visualisierungsübungen und die Operationsunterstützung als primärpräventive Maßnahmen.
- Das Schmerzbewältigungstraining sowie die Kooperation mit der Krankengymnastik als Sekundärprävention.
- Die Gruppenverfahren zur Krankheitsbewältigung, die Unterstützung bei der Planung zur sozialen Sicherung sowie zur Lösung der Partnerproblematik zur Tertiärprävention.

Aufgrund der engmaschigen stationären Betreuung, die durch den außergewöhnlich gravierenden Krankheitsverlauf nötig wurde, kam es zu keiner Kooperation mit niedergelassenen Kollegen. Dies wäre im Sinne der Sicherung des zeitweilig deutlichen Erfolgs der stationären Behandlung, wozu nicht nur die psychologischen Interventionen zu zählen sind, sinnvoll gewesen. Eine Schwierigkeit wäre dabei möglicherweise dahingehend aufgetaucht, dass zum Zeitpunkt der Entlassung sicher keine Indikation zur Psychotherapie im Sinne einer positiven Diagnostik nach ICD-10 vorlag.

## 8.11 Fazit und Kommentar

Zumindest für den Zeitraum der klinischen Interventionen kann von einem erfolgreichen Verlauf gesprochen werden. Die Veränderung im Schmerzerleben sowie im Schmerzverhalten ist dabei sicher wesentlich auf die psychologischen Interventionen zurückzuführen. Dies kann gleichermaßen für die Abkoppelung ihrer Stimmungslage vom jeweiligen Krankheitsverlauf sowie die Wiederaufnahme sozialer Kontakte angenommen werden.

Der Stellenwert der Visualisierung für den Krankheitsprozess insgesamt, insbesondere im Zusammenhang mit der kurzfristig wirksamen Basistherapie und zum anderen mit der nun letztendlich effektiven medikamentösen Behandlung ist nicht anzugeben. Bei dem geschilderten Krankheitsverlauf ist es aber insgesamt als überraschend zu werten, dass doch noch eine effektive Beeinflussung des Verlaufs aufgetreten ist.

Besondere Beachtung ist der Beziehung von Therapeut und Klientin zu widmen. Hier lassen sich lebensgeschichtliche Einflüsse insofern vermuten, als sich die Patientin auf dem Hintergrund des Verlustes ihres Partners, der vergeblichen Kontaktaufnahme mit der Mutter und wechselnden Bezugspersonen im ärztlichen und sonstigen Behandlungspersonal eng auf den Psychotherapeuten als einzig konstant bleibende Bezugsperson fixiert haben könnte. Dies war im realen Kontakt vom Therapeuten so nicht wahrgenommen und auch nicht berücksichtigt worden. In diesem Zusammenhang hätte die Tatsache, dass Frau F. ihre Wiederaufnahme in die Klinik zum vierten Zeitpunkt mit der Urlaubsplanung des Therapeuten verknüpfte, wesentlich größere Beachtung finden müssen. Konsequenterweise hätte die Beendigung der therapeutischen Beziehung sorgfältiger vorbereitet und in ihrer Bedeutung für die Patientin thematisiert werden müssen.

Letztlich ist zu vermuten, dass fehlende ambulante Nachbetreuungsmöglichkeiten von psychologischer Seite ebenfalls einen Faktor in dem gesamten Krankheitsverlauf darstellten. Diese sind gerade für Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen durch einen Mangel an ambulant tätigen Psychologinnen und Psychologen, die Erfahrung mit diesem Krankheitsbild bzw. verhaltensmedizinischen Zugängen ganz allgemein haben, gekennzeichnet. Insgesamt positiv zu bewerten ist die Kooperation zwischen medizinischer und „körperbezogener“ Behandlung im weitesten Sinne, die die Bedeutung und den Stellenwert der psychologischen Maßnahmen für die Patientin sicherlich deutlich unterstrichen hat.

Eine Einzelmaßnahme soll abschließend noch besonders hervorgehoben werden: Die Intensivgruppe über insgesamt zwei Tage für eine relativ altershomogene Gruppe therapeutischer Patienten. Diese wurde sowohl von der in Frage stehenden Patientin als auch den übrigen Teilnehmern als besonders effektiv empfunden. Dies betraf die Möglichkeit, einzelne psychologische Techniken der Schmerz- und Krankheitsbewältigung wieder aufzufrischen. Als wichtig wurde weiterhin angesehen, dass diese Gruppe die Gelegenheit gab, altersspezifische Themen wie Partnerprobleme bzw. überhaupt Möglichkeiten von Partnerschaft sowie Probleme des Berufsalltags, der beruflichen Umorientierung oder des Umgangs mit Berentung in frühem Lebensalter auszutauschen und anzusprechen. Der Einsatz solcher Intensivgruppen, der sich besonders für ambulante Angebote eignen würde, da er in den Klinikrahmen organisatorisch nur schwer einzufügen ist, sollte hinsichtlich seiner Realisierungsmöglichkeiten weiterverfolgt und hinsichtlich seiner Effizienz untersucht werden. Gerade um die Möglichkeit, altershomogener Gruppen jüngerer Patienten zu schaffen, ist hierzu an eine Kooperation mit der Deutschen Rheumaliga und niedergelassenen Rheumatologen zu denken.